

(様式第1号)

受付番号 1



医療・福祉施設食材費高騰対策応援金申請書(医療施設)

提出日: 年 月 日

愛媛県知事

様

事務局整理用のため、入力不要。

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 210,000 円

1. 申請者情報

(WEB申請の場合押印不要)

Table with applicant information including法人名, 役職・代表者名, 法人所在地, 責任者, and 担当者.

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。

2. 振込口座情報

Table for remittance account information including 金融機関名, 支店名, 口座種別, and 口座名義人.

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

Table for facility classification and payment amount with columns for 施設区分, 医療施設名, 所在地, 医療機関コード, 病床数, and 支給額(円).

※施設名は略さず正式名称を記入すること。

4. 支給要件

Table for payment conditions with a checkbox for '左記に相違ない場合'.

5. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

| | |
|---|---|
| <p>私は、医療・福祉施設食材費高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について誓約します。 なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>法人所在地 松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 法人名 医療法人〇〇会 代表者職氏名 理事長・〇〇〇〇</p> | <p>誓約する場合、 以下に✓を記入</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> |
|---|---|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)
- ②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙と裏の見開き(カタカナでの名義・口座番号が記載されている部分)の写し)
※WEB申請の場合は写真データ等